

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Муковозова И. Л.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
3 городская клиническая больница им. Е. В. Клумова,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Благодаря быстрому развитию эндоскопической техники, а вместе с этим и накоплению клинического опыта эндоскопического удаления новообразований толстой кишки, многообразию разработанных эндоскопических методов, по-прежнему существуют разногласия о возможностях эндоскопических вмешательств, границах применения эндоскопических методов, которые касаются, в основном, размеров основания опухоли и наличия очагов дисплазии и малигнизации.

Значительных размеров из всех железистых новообразований толстой кишки достигают ворсинчатые опухоли. Основной причиной поздней диагностики, в связи с чем опухоли достигают больших размеров, является незначительное изменение самочувствия пациентов и отсутствие ярких клинических проявлений заболевания.

Цель. Оценить результаты эндоскопического лечения больных с ворсинчатыми опухолями толстой кишки комбинированным методом (с использованием лазерной вапоризации).

Материалы и методы. С 2004 г. по настоящее время в эндоскопическом отделении 3 ГКБ г.Минска было пролечено 227 пациентов с ворсинчатыми опухолями в толстой кишке больших размеров, классифицируемые как 0-Is, 0-Ips и 0-IIa по Парижской классификации эпителиальных неоплазий 2002 года. Размер основания новообразований составил более 3 см. Пациентов с 0-Is образованиями (с выраженной ножкой) в исследование не включали.

Перед эндоскопическим удалением опухоли, пациентам выполнялась диагностическая видеокOLONоскопия с биопсией, с целью верификации доброкачественности процесса. Однако окончательно о природе опухоли судили на основании гистологического исследования удаленного препарата. По морфологической картине это были тубулярно-папиллярные и папиллярные аденомы.

Все пациенты вне зависимости от преобладания экзофитного роста над латеральным были разделены на две группы по методу эндоскопического вмешательства. Первую группу пациентов составило 128 человек (55,5 % от общего числа), вторую группу – 101 пациент (44,5 %). В первой группе выполнялась резекция слизистой с опухолью в пределах визуально неизменной слизистой, во второй – комбинированное эндоскопическое лечение, где эндоскопическая резекция слизистой дополнялась лазерной вапоризацией краев ложа удаленной опухоли.

Результаты и обсуждения. Среди всех больных, которым эндоскопически удалялись ворсинчатые опухоли, женщины составили 68 %, мужчины – 32 %. Возраст пациентов варьировал от 30 до 80 лет. По локализации ворсинчатых опухолей более 50 % приходится на опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки и сигмовидной кишки. Размеры ворсинчатых аденом, удаленных эндоскопическими методами, колебались от 3,0 до 10,0 см.

Всем пациентам при удалении ворсинчатых опухолей проводилось гистологическое исследование удаленных и извлеченных фрагментов. Малигнизация наблюдалась у 2 пациентов (0,9 %). Морфологически – высокодифференцированная аденокарцинома. По получению гистологии эти пациенты оперированы онкологами. Из осложнений, у 5-ти пациентов наблюдалось кровотечение, гемостаз был достигнут наложением эндоклипс. Всем пациентам на протяжении двух лет после эндоскопического удаления ворсинчатой опухоли проводились контрольные осмотры с обязательным морфологическим исследованием биоптата из участка слизистой (чаще рубца) на месте ранее расположенной опухоли. При сравнительном анализе рецидивы наблюдались у 24 пациентов из первой группы, из числа тех, кому проводилась только электроэксцизия опухоли, что составило 18,8 %. Этим пациентам проводилась повторная электроэксцизия с обязательной лазерной вапоризацией ложа опухоли. Этим пациентам также, после повторного удаления, в течение года проводились контрольные исследования с гистологическим подтверждением об отсутствии опухолевого роста. У пациентов второй группы, которым проводился комбинированный метод удаления (эндоскопическая резекция слизистой с опухолью + лазерная вапоризация), на протяжении двух лет контрольных обследований, рецидивов роста ворсинчатой опухоли выявлено не было. После эндоскопической резекции слизистой с опухолью с учетом больших размеров основания наблюдался выраженный рубцовый процесс с деформацией просвета кишки, у трех пациентов (1,3 %) появились жалобы на изменение характера стула и болевой синдром в левой подвздошной области (локализация ворсинчатой опухоли была в ректосигмоидном отделе). В то время как, после комбинированного эндоскопического лечения, вне зависимости от обширности операционного поля, деформации просвета кишки не было.

Выводы. Для эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей без признаков малигнизации целесообразно применение комбинированного эндоскопического метода лечения, где сочетается эндоскопическая резекция слизистой с опухолью и лазерная вапоризация ложа опухоли, поскольку является малоинвазивной операцией и альтернативой хирургическому лечению. Эндоскопический метод лечения пациентов ворсинчатыми опухолями толстой кишки больших размеров (основание опухоли более 3,0 см) позволяет достичь хороших ближайших и отдаленных результатов, таких как отсутствие рецидивов и отсутствия деформации просвета кишки.